... Pour nos enfants

Une stratégie visant le développement sain de l'enfant

un profil statistique des enfants de l'Î-P-É

proposée par le Comité consultatif pour le développement sain de l'enfant, octobre 2000

101-04776/

Comité consultatif pour le développement sain de l'enfant

Octobre 2000

Monsieur Jamie Ballem
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard

Monsieur Jeffrey E. Lantz
Ministre de l'Éducation et du Bureau du Procureur général
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard

Monsieur Michael F. Currie
Ministre du Développement et de la Technologie
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard

Messieurs,

Au nom du Comité consultatif pour le développement sain de l'enfant, je suis heureuse de vous soumettre un *Profil statistique des enfants de l'Île*. Il s'agit d'un document statistique devant servir d'accompagnement à notre stratégie de développement sain de l'enfant, laquelle se trouve dans le document intitulé *Pour nos enfants*. Cette stratégie vise les enfants de la période prénatale à l'âge de huit ans ainsi que leur environnement. Ce document statistique tente de fournir une image instantanée de nos réalisations à ce jour, laquelle a été mise au point à partir des données disponibles.

Lorsqu'on planifie le développement futur des enfants de l'Île en santé, l'évaluation de la situation actuelle est essentielle. Le constat non seulement de nos faiblesses, mais également de nos forces, permet aux décideurs de prendre des décisions éclairées fondées sur des priorités reconnues. Ce profil sert également de référence et fournit quelques points de repère permettant de mesurer les succès futurs. Il faut avoir des données précises pour surveiller et évaluer le succès de la stratégie de développement sain de l'enfant.

Le succès de cette stratégie reposera sur le travail conjoint de la collectivité et du gouvernement. Efficience et efficacité sont aussi indispensables au partenariat qu'elles le sont en affaires, pour les gouvernements ou dans les maisons. Nous avons tenté de produire un document sur lequel on peut bâtir avec la cueillette des données et qui nous permettra d'être très ciblés sur les résultats positifs des enfants de l'Île.

Je vous prie d'agréer, Messieurs, l'assurance de ma haute considération.

La présidente,
Carolyn Simpson
Comité consultatif pour le développement sain de l'enfant

Un profil des enfants de l'Î.-P.-É.

Lorsqu'on établit un plan d'avenir pour le développement sain des enfants de l'Île-du-Prince-Édouard, il est essentiel de faire l'évaluation de la situation actuelle. Il faut non seulement reconnaître nos faiblesses, mais aussi nos forces afin de prendre des décisions plus éclairées au sujet des priorités établies. Cela permet aussi d'évaluer plus facilement les résultats découlant des orientations que préconise cette stratégie. Le but de ce chapitre est de mettre en évidence quelques statistiques clés en ce qui concerne les enfants de l'Île-du-Prince-Édouard.

Ce chapitre présente d'abord les données provinciales disponibles sur les facteurs déterminants de la santé des enfants. Il s'agit des facteurs de la vie d'un enfant qui ont un effet direct sur sa capacité à traverser avec succès les étapes précises de son développement. Les facteurs déterminants de la santé des jeunes enfants peuvent être classés selon les quatre catégories suivantes :

- le milieu socio-économique;
- le milieu physique;
- la capacité individuelle, les habiletés d'adaptation et le style de vie;
- les services sociaux, de santé et éducatifs.

La dernière section présente les prévisions de la population future des enfants de l'Î.-P.-É. Ces prévisions sont d'une importance capitale puisqu'une personne qui établit des programmes de développement pour enfants doit non seulement connaître le nombre approximatif de participants potentiels aux programmes, mais aussi leur emplacement géographique.

I LE MILIEU SOCIO-ÉCONOMIQUE

La composition des familles de l'Î.-P.-É. a changé au cours des dernières années. La famille traditionnelle constituée d'un homme « soutien de famille » et d'une femme « mère à la maison » se retrouve de moins en moins. Indépendamment du type de famille, les politiques applicables aux enfants devraient reconnaître les réalités actuelles des Insulaires.

Sauf indication contraire, les données de la section ci-dessous sont tirées du recensement de 1996 effectué par Statistique Canada.[1]

Structure familiale et stabilité

Une famille, si on se fie à la définition qu'a adoptée Statistique Canada, comprend les couples mariés ou vivant en union libre, avec ou sans enfants à la maison, et les parents seuls avec au moins un enfant qui ne s'est jamais marié et qui vit encore à la maison. En 1996, 50 pour cent des familles de l'Île étaient des couples mariés ayant des enfants à la maison.

Parents seuls

Environ 5 200 familles, ou 21 pour cent des familles de l'Î.-P.-É. ayant des enfants à la maison étaient dirigées par un seul parent; parmi celles-ci, 4 345 étaient dirigées par une femme. Au Canada, le pourcentage de familles monoparentales s'élevait à 22 pour cent. Le nombre de familles monoparentales à l'Île a augmenté de 19 pour cent entre 1991 et 1996. Durant la même période, le taux canadien a augmenté de 19,2 pour cent.

Il existait quelques différences entre les comtés en 1996. Le pourcentage des familles monoparentales était le moins élevé dans le comté de Prince, avec 19 pour cent, par comparaison aux pourcentages des familles des comtés de Queens et Kings qui s'élevaient respectivement à 23 pour cent et à 24 pour cent.

Familles de fait

Le nombre de familles de fait, avec ou sans enfants, va en s'accroissant à l'Î.-P.-É. De 1991 à 1996, ce nombre est passé de 2 015 à 2 765, soit une augmentation de 37 pour cent. Au cours de la même période, la moyenne canadienne a augmenté de 28 pour cent. De toutes les familles de l'Î.-P.-É., les familles de fait représentent environ 8 pour cent, soit 2 pour cent de plus qu'en 1991. En 1996, le taux canadien s'élevait à 12 pour cent.

Les jeunes Insulaires ont plus tendance que les Insulaires plus âgés à vivre en union libre à l'Île-du-Prince-Édouard. Parmi les 140 femmes de moins de 20 ans vivant en couple, 87,5 pour cent formaient une union libre; 30 pour cent des couples de 20 à 24 ans vivaient en union libre. Pour l'ensemble des autres groupes d'âge, on observait une chute.

À l'Î.-P.-É., il y avait moins de familles de fait avec enfants vivant à la maison (5 %) que dans l'ensemble des familles canadiennes (8,5 %). Près de la moitié des couples de l'Î.-P.-É. vivant en union libre ont des enfants à la maison.

Mariages et divorces

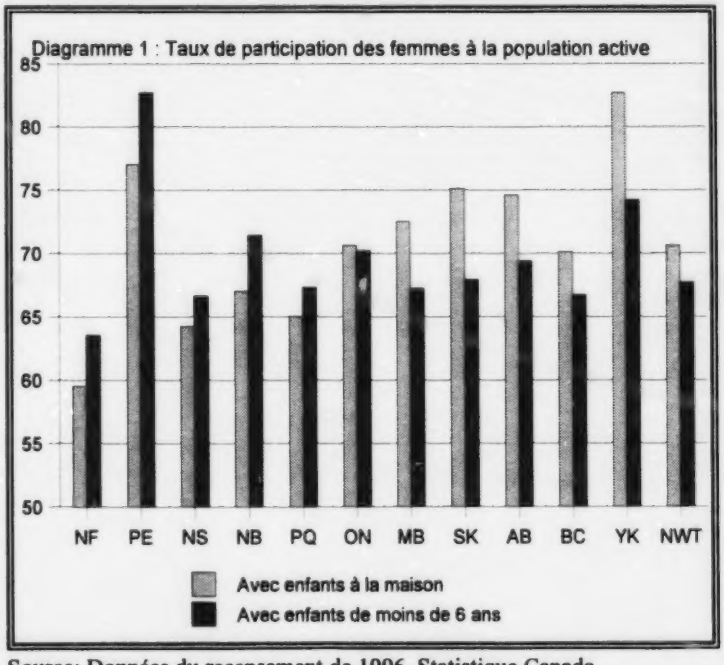
Environ un mariage sur quatre à l'Î.-P.-É. en 1997 s'est terminé par un divorce.[2] Le nombre de mariages et le nombre de divorces sont tous deux demeurés relativement

stables depuis 1994. Toutefois, le nombre de divorces au Canada diminue. Il est passé de 78 226 en 1993 à 69 088 en 1998[3]. Le nombre croissant de familles de fait vient probablement jouer un rôle dans cette diminution.

Les femmes en milieu de travail

Un des changements sociaux les plus notables de la dernière génération a été celui du rôle des femmes. Le nombre sans cesse croissant de femmes sur le marché du travail, en particulier celles qui ont des jeunes enfants, a permis aux femmes de devenir plus indépendantes et de développer la petite entreprise. Toutefois, les femmes ont encore la responsabilité première des affaires familiales qui comprend souvent la double responsabilité de s'occuper des enfants et des parents vieillissants. Pourtant, les politiques d'emploi ne reconnaissent pas encore toujours le besoin d'appuyer les femmes dans l'équilibre entre le travail et les engagements familiaux.

Les femmes de l'Î.-P.-É. présentent toujours un des plus forts taux de participation à la population active au pays. Ce taux est le rapport entre le nombre de personnes faisant partie de la population active et le nombre de personnes âgées de 15 ans ou plus. En 1999, le taux de participation des femmes était de 60,8 pour cent; celui des hommes était de 72 pour cent, pour un taux de participation totale de 66,4 pour cent.[4] Les taux canadiens étaient de 58,4 pour cent chez les femmes et de 74 pour cent chez les hommes, ce qui représente une moyenne de 65,6 pour cent.[5]



Source: Données du recensement de 1996, Statistique Canada.

En 1996, les femmes de l'Î.-P.-É. ayant des enfants à la maison étaient plus enclines à aller sur le marché du travail que les femmes des autres provinces dans la même situation. Le taux des femmes de l'Î.-P.-É. ayant des jeunes enfants était beaucoup plus élevé que celui des femmes de toute autre province ou territoire dans la même situation. En général, dans les provinces de l'est, les femmes ayant de jeunes enfants avaient plus tendance à s'engager sur le marché du travail que les

femmes ayant des enfants plus âgés. C'était l'inverse de ce qui se passait en Ontario et à l'ouest de cette province.

Tandis que plus de mères demeurent sur le marché du travail à l'Î.-P.-É. que dans le reste du Canada, le taux de participation des femmes sans enfant vivant à la maison était semblable pour l'Î.-P.-É. et le Canada. Le tableau 1 compare les taux de participation des femmes au Canada, à l'Î.-P.-É. et dans les trois comtés de l'Île.

Tableau 1 : Participation des femmes au milieu du travail

	Canada	Î.-P.-É.	Kings	Queens	Prince
Toutes les femmes de 15 ans et +	58,7 %	62,0 %	63,3 %	62,4 %	60,9 %
Femmes sans enfant à la maison	50,9 %	49,8 %	49,6 %	51,7 %	46,6 %
Femmes avec enfants vivant à la maison	69,2 %	77,0 %	78,4 %	76 %	77,8 %
Femmes avec enfants de moins de 6 ans seulement	68,6 %	82,7 %	86 %	81,9 %	82,2 %
Femmes avec enfants de moins de 6 ans et de plus de 6 ans	64,8 %	79,1 %	84,5 %	75,9 %	81,3 %
Femmes avec enfants de plus de 6 ans seulement	70,3 %	75,1 %	75,2 %	74,5 %	75,9 %

Source : Données du recensement de 1996.

Le tableau 1 montre que les femmes au sein de la population active ne sont pas concentrées dans les régions urbaines, ce que confirme le taux élevé de femmes qui travaillent dans le comté de Kings.

Également, pour un fort pourcentage d'enfants de l'Î.-P.-É. (un pourcentage plus élevé que la moyenne nationale) la mère faisait partie de la population active rémunérée. C'est le cas en particulier des très jeunes enfants. Toutefois, l'enfant insulaire n'a pas plus de chance que l'enfant moyen canadien d'avoir une mère jouissant d'un emploi rémunéré lorsqu'il parvient à l'âge scolaire. Le tableau 2 illustre les variations.

Tableau 2 : Catégories d'enfants dont la mère fait partie de la population active rémunérée, mars 1996				
	De la naissance à 2 ans	De 3 à 5 ans	De 6 à 12 ans	Total
Î.-P.-É.	71 %	70 %	69 %	70 %
Canada	59 %	60 %	68 %	64 %

Source : Conseil national du bien-être social, Canada, *Les enfants du préscolaire : des promesses à tenir*, printemps 1999.

Emploi et revenu

Les facteurs saisonniers exercent une forte influence sur l'emploi à l'Î.-P.-É. De 1976 à 1997, les fluctuations saisonnières de l'emploi ont diminué dans toutes les provinces sauf à l'Î.-P.-É. où le degré de fluctuation a peu changé.[6] Beaucoup d'Insulaires comptent sur l'assurance-emploi (a.-e.) pour suppléer à leur revenu durant la saison morte, comme le prouve le grand nombre de réclamants d'assurance-emploi à l'Î.-P.-É. qui sont des « réclamants habituels ». Sont considérées habituelles les personnes réclamant de l'a.-e. qui ont fait au moins trois demandes de prestations ordinaires ou de pêcheur au cours des cinq dernières années. En 1998-1999, 12 700 demandes de prestations ordinaires ou de pêcheur, soit 55,3 pour cent de toutes les demandes, étaient considérées habituelles.[7]

En 1999, l'emploi dans le secteur de production des services dépassait celui du secteur de production des biens; 44 500 Insulaires, soit 73 pour cent des Insulaires employés travaillaient dans le secteur de production des services alors que 16 800 personnes, soit 27 pour cent, travaillaient dans le secteur de production de biens. Le salaire hebdomadaire moyen s'élevait à 481,09 $. 15 900 individus étaient employés dans des occupations liées au secteur des ventes et services.[8]

En 1996, 34 415 femmes de l'Î.-P.-É ont déclaré avoir un revenu dont la moyenne s'élevait à 14 724 $ par année. Parmi ces femmes, 12 295, ou 36 pour cent, travaillaient toute l'année à temps plein, gagnant en moyenne 25 129 $. Les 21 145 restantes, ou 61 pour cent, ont travaillé à temps partiel ou une partie de l'année, gagnant en moyenne 9 007 $. Par comparaison, environ 54 pour cent des femmes au Canada qui ont déclaré un revenu d'emploi ont travaillé à temps partiel ou une partie de l'année pour un revenu moyen de 12 727 $.[9]

Le revenu familial moyen d'une mère de famille monoparentale à l'Î.-P.-É s'élevait à 26 198 $, par comparaison à 34 211 $ pour un père de famille monoparentale. Ces deux

sommes se situent passablement sous la moyenne des 50 448 $ gagnés par une famille époux-épouse. Parmi les enfants de familles monoparentales, la fréquence des familles à faible revenu est très élevée. En 1996, 56,1 pour cent des enfants de famille monoparentale étaient membres d'une famille à faible revenu. Le taux pour l'ensemble des Provinces atlantiques était de 67,6 pour cent pour cette même année, tandis que le taux canadien se situait à 65 pour cent. On fait référence ici aux enfants de moins de 18 ans.[10] Le tableau 3 décrit les niveaux de revenus, par type de famille, à l'Île-du-Prince-Édouard.

Tableau 3 : Revenus par type de famille, 1997

Catégorie de revenu	Toutes les familles	Familles avec enfants de moins de 16 ans
Moins de 10,000 $	0,8 %	0,8 %
10,000 $ à 14,999 $	3,5 %	4,3 %
15,000 $ à 19,999 $	5,9 %	5,4 %
20,000 $ à 24,999 $	9,7 %	4,3 %
25,000 $ à 29,999 $	9,1 %	10 %
30,000 $ à 39,999 $	18,5 %	22,1 %
40,000 $ à 49,999 $	17,5 %	21,7 %
50,000 $ et plus	34,8 %	31,3 %

Source : Article 13-207-XPB du cataloque de Statistique Canada, *Répartition des revenus selon la classe au Canada*, 1997, tel que rapporté dans PEI Statistical Review, Mai 2000.

Aide sociale

En mars 1997, 29 pour cent des dépenses en aide sociale à l'Î.-P.-É ont été faites pour les familles monoparentales, et 13 pour cent pour les couples ayant des enfants, ce qui représente respectivement 1 624 et 714 familles.[11] Ces statistiques ont beaucoup diminué depuis : en décembre 1999, 26 pour cent des dépenses en aide sociale à l'Î.-P.-É ont été faites pour les familles monoparentales, alors que seulement 9,4 pour cent l'ont été pour les couples ayant des enfants, ce qui représente respectivement 1 183 et 427 familles.[12]

En 1998, le Conseil national du bien-être social estimait à 11 676 $ le montant total d'aide sociale accordé à un parent seul avec un enfant à l'Î.-P.-É. Cette somme comprend les allocations d'aide sociale, le remboursement de la TPS, la prestation fiscale fédérale pour

enfants, les impôts provinciaux reportés et les autres avantages. Le revenu limite d'admissibilité de ce type de famille est de 19 158 $. Par conséquent, le montant total d'aide sociale aux parents seuls à l'Î.-P.-É ne correspond qu'à 61 pour cent du revenu limite applicable à ce type de famille. De même, un couple ayant deux enfants reçoit seulement 63 pour cent du revenu limite applicable à ce type de famille.[13]

La situation des enfants de l'Î.-P.-É bénéficiant de l'aide sociale est comparable à celle des autres provinces. En 1998, le pourcentage des parents seuls gagnant le revenu limite d'admissibilité se situait entre 50 pour cent en Alberta et 69 pour cent à Terre-Neuve. Cependant, on se demande toujours si nos enfants reçoivent assez.

En 1999, les familles de l'Î.-P.-É ont connu une augmentation du montant des allocations d'aide sociale. En effet, le gouvernement provincial a augmenté le montant de l'allocation alimentaire de 10 pour cent, celui de l'allocation alimentaire pour femmes enceintes de 10 pour cent, et il a doublé celui de l'allocation scolaire pour les familles. Des fonds plus substantiels ont également été attribués par l'intermédiaire du programme Prestation nationale pour enfants. En septembre 2000, le gouvernement provincial a introduit un supplément à l'enfant en santé de 14 $ par mois par enfant de moins de 18 ans. La mesure était rétroactive à avril 2000, et elle devrait permettre aux enfants de participer à des activités sportives et culturelles communautaires.[14]

La durée de l'aide sociale varie selon la situation, allant de l'aide urgente pour payer de l'huile à chauffage à l'aide pour une année en passant par l'aide pour un mois.

Violence familiale

La violence familiale se définit comme l'abus de pouvoir dans les relations familiales, dans les situations de confiance ou de dépendance. Cela peut comprendre l'homicide, la violence physique, l'agression sexuelle, la violence psychologique, la négligence, l'exploitation financière, les menaces et les atteintes à la propriété. On perçoit une augmentation de la violence tant dans les familles que dans la société. Comme l'Institut canadien de la santé infantile le dit, cela peut être dû à une prise de conscience accrue de la violence à la maison, dans la communauté et partout dans le monde. Cette prise de conscience a soulevé des craintes; elle a également mobilisé l'opinion publique.

À l'Î.-P.-É, les services communautaires destinés aux femmes et aux enfants victimes de violence familiale ont connu une augmentation du nombre de femmes y ayant recours en 1998-1999.

Ces services, dirigés par l'Association des maisons de transition, sont situés dans Prince-Ouest, Prince-Est, l'est de l'Î.-P.-É et le comté de Queens (notamment *Anderson House*). Le tableau 4 montre les statistiques d'utilisation au cours des quatre dernières années.

Tableau 5 : Statistiques sur les maisons de transition

Année	Femmes	Enfants	Appels reçus
1995/96	711	142	5689
1996/97	836	159	6845
1997/98	588	180	8038
1998/99	874	84	7368

Source : Association des maisons de transition

Les renseignements concernant l'Île-du-Prince-Édouard ne sont pas plus précis; toutefois, voici des statistiques recueillies par Statistique Canada en 1998 :

- En 1996, les enfants de moins de 18 ans étaient victimes de 22 pour cent des crimes violents rapportés à la police.
- Des membres de la famille étaient responsables de 1/5 des cas d'agression physique et de 1/3 des cas d'agression sexuelle à l'endroit des enfants.
- Les parents étaient les responsables les plus probables des cas de violence familiale physique (64 %) et des agressions sexuelles (43 %) commises à l'endroit des enfants. Les pères étaient responsables de 73 pour cent des cas de violence physique, et 98 pour cent des agressions sexuelles étaient commises par les parents.
- La vulnérabilité des filles et des garçons aux abus commis par des membres de la familles s'exprime à différents stades de leur développement. Les filles sont plus susceptibles de devenir victimes d'agression sexuelle entre les âges de 12 et de 15 ans, par rapport aux garçons pour lesquels l'âge de la vulnérabilité se situe entre 4 et 8 ans. Pour les filles, la probabilité de subir de la violence physique de la part d'un membre de la famille augmente avec l'âge et atteint un sommet à l'âge de 17 ans. Dans le cas des garçons, ce sommet se situe à l'âge de 13 ans et il est suivi d'une baisse de probabilité.[15]

Culture et langue

Selon le recensement de 1996, près de 5 600 Insulaires se déclaraient de langue maternelle française, ce qui représentait environ 4 pour cent de la population totale. La population francophone est répartie dans cinq régions principales de la province : Prince-Ouest, Évangéline, Summerside-Miscouche, Rustico et Charlottetown. Seulement 210 répondants du comté de Kings se sont déclarés de langue maternelle française.

Le taux d'assimilation est très élevé, particulièrement dans les régions sans école ni centre communautaire francophone. Alors que 5 560 personnes se disent de langue française, seulement 2 910 d'entre elles parlent le français à la maison, et 260 parlent l'anglais et le français à la maison. On peut trouver des programmes préscolaires pour les enfants francophones dans la région Évangéline, à Summerside, à Rustico et à Charlottetown. Les écoles et les programmes d'enseignement fonctionnant principalement en français se trouvent dans la région de Charlottetown et dans la région Évangéline. Le projet d'école française à Summerside contribuera à limiter l'assimilation.

La population autochtone de l'Î.-P.-É. se compose d'environ 1 000 personnes qui vivent principalement dans les comtés de Prince et de Kings. La plus grande concentration de membres des Premières nations se trouve dans la ville de Charlottetown qui abrite 300 autochtones et à Lennox Island où il s'en trouve 200.[16]

Il y a également un nombre considérable de représentants d'autres pays à l'Î.-P.-É. Le Conseil multiculturel de l'Î.-P.-É. rapporte qu'en 1997, des particuliers et des familles venant de 77 pays différents avaient déménagé à l'Île-du-Prince-Édouard.

Même si la diversité culturelle enrichit notre société, elle crée néanmoins un besoin de compréhension et de respect des différentes attitudes envers l'éducation des enfants et les pratiques familiales. Les enfants et les jeunes de milieux culturels différents pourraient avoir de la difficulté à s'adapter aux différences linguistiques et aux pratiques culturelles inconnues.

II MILIEU PHYSIQUE

Prévention des blessures et hospitalisation

L'Institut canadien de la santé infantile rapporte que les blessures sont la principale cause de décès et de maladie des enfants canadiens ayant dépassé l'âge d'un an. En 1995, 1 397 enfants canadiens sont décédés à la suite de blessures, et 47 228 ont été hospitalisés.[17]

En 1990, la plupart des enfants et des jeunes au Canada, et à l'Î.-P.-É., qui sont morts après avoir atteint l'âge d'un an, sont décédés à la suite de blessures.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé, les enfants de l'Î.-P.-É. âgés de moins d'un an présentaient un taux d'hospitalisation plus élevé (32 097 par 100 000) que la moyenne canadienne (22 237 par 100 000). Seuls les taux du Nouveau-Brunswick et de la Saskatchewan dépassaient le taux de l'Î.-P.-É. Toutefois, en termes d'hospitalisations pour cause de blessures, l'Î.-P.-É., avec 675 par 100 000, se situait sous la moyenne nationale de 983 par 100 000.

En ce qui concerne les enfants plus âgés, ceux qui se situent entre 1 an et 4 ans, les taux d'hospitalisation étaient également élevés en 1996. Le taux canadien se situait à 6 014 par 100 00 et pour l'Î.-P.-É. il s'élevait à 8 651 par 100 000. Encore une fois, seuls le Nouveau-Brunswick et la Saskatchewan avaient un taux plus élevé.[18] En ce qui concerne les hospitalisations pour cause de blessures pour ce groupe d'âge, l'Î.-P.-É., encore une fois, se situait sous la moyenne nationale de 710 par 100 000 avec 983 par 100 000.
L'Institut canadien de la santé infantile rapporte qu'en 1996-1997, à l'Île-du-Prince-Édouard, les hospitalisations furent plus nombreuses que prévues chez les enfants (de la naissance à 19 ans) en ce qui a trait aux maladies respiratoires, aux problèmes gastro-intestinaux et aux blessures.

Mortalité infantile et juvénile
En 1990 et en 1995, l'Î.-P.-É. présentait des taux de mortalité infantile inférieurs aux moyennes nationales.[19] En 1996, l'Î.-P.-É. présentait le deuxième taux de mortalité infantile le moins élevé avec 4,7 par 1 000 naissances, derrière le Québec avec 4,6 par 1 000 naissances. Le taux canadien s'élevait à 5,6. Toutefois, la même année, les taux de mortalité périnatale et néonatale précoce de l'Î.-P.-É. atteignaient respectivement 7,7 et 4,7 par 1 000, soit les plus élevés au pays; les taux canadiens dans ce domaine étaient de 6,7 et de 3,3 par 1 000 naissances d'enfants vivants.[20] En 1995, le taux de mortalité juvénile (enfants âgés entre 1 an et 4 ans) à l'Î.-P.-É. correspondait au taux canadien avec 27 par 100 000.[21]

Utilisation de dispositifs de protection pour enfants
Au cours de la semaine du 25 au 31 juillet 1997, Transports Canada a effectué une étude sur l'utilisation des dispositifs de protection pour enfants au Canada : 22 037 observations ont été faites dans 206 endroits au Canada. Des cas observés, 100 pour cent des enfants de l'Î.-P.-É âgés d'un an et moins avaient un siège pour bébé approprié à leur âge.

Cependant, seulement 80 pour cent de ces sièges étaient installés convenablement dans les véhicules. Le tableau 5 compile les résultats obtenus pour l'Î.-P.-É et le Canada. Même si l'Î.-P.-É. réussit à bien se tirer d'affaires, aussi bien sinon mieux que la moyenne canadienne, il reste quand même place à une amélioration assez importante.

Tableau 6 : Utilisation des dispositifs de protection pour enfants selon l'âge, à l'Î.-P.-É et au Canada

Âge	Î.-P.-É : siège approprié	Î.-P.-É siège et installation appropriés	Canada, siège approprié	Canada, siège et installation appropriés
moins de 1 an	100 %	80 %	95,3 %	68 %
1 à 2 ans	84 %	54,6 %	87,2 %	57,5 %
3 à 4 ans	90,4 %	87,5 %	88 %	74 %
moins de 5 ans	90 %	76, 6 %	88,9 %	67,7 %

Source: Transports *Canada, Utilisation de dispositifs de protection pour enfants au Canada : Données de l'enquête de 1997,* relevées le 6 décembre 1999 à l'adresse http://www.tc.gc.ca/roadsafety/STATS/c19804/eng/6cruind_e.htm

Port du casque à vélo

En 1996-1997, on estimait à 68 pour cent le nombre d'Insulaires âgés de 12 ans et plus qui ne portaient jamais de casque à vélo, par rapport à 59 pour cent pour la moyenne canadienne.[22] Seules les provinces de la Colombie-Britannique, l'Ontario et la Nouvelle-Écosse possèdent des lois sur le port du casque à vélo. Incidemment, ce sont les provinces présentant les taux les plus faibles de personnes ne portant jamais de casque à vélo.

Asthme

En 1995 et en 1996, Santé Canada a effectué une étude de prévalence de l'asthme auprès d'élèves âgés entre 5 et 19 ans dans neuf services de santé au pays. L'Île-du-Prince-Édouard faisait partie des neuf services choisis, de même que Halifax, Sherbrooke, Guelph, Kingston, Winnipeg, Saskatoon, Edmonton et Kelowna.

De tous les territoires couverts par l'étude, l'Île-du-Prince-Édouard présentait le plus haut taux d'asthmatiques (18 %). Sherbrooke avait le plus bas (9,7 %), et la moyenne de ces territoires se situait à 13 pour cent. Pour l'Î.-P.-É., cela signifie qu'environ un sur cinq ou six enfants d'âge scolaire souffre d'asthme.

L'étude révèle également que beaucoup d'enfants des neufs régions qui souffraient d'asthme étaient exposés à des facteurs aggravants dans leur milieu familial. Par exemple, 47 pour cent ont affirmé que l'exposition à un animal provoquait leur asthme, pourtant 56 pour cent avaient un animal à la maison. Les tapis et la fumée de tabac sont aussi des agents provocateurs connus. À l'Î.-P.-É, 45 pour cent des élèves souffrant d'asthme dans le moment ont affirmé être régulièrement exposés à la fumée secondaire indirecte et ce, surtout dans leur propre maison.[23] Pour réduire les symptômes, il est recommandé de laver les draps des enfants dans l'eau chaude chaque semaine et de couvrir leurs matelas et leurs oreillers de revêtements étanches.

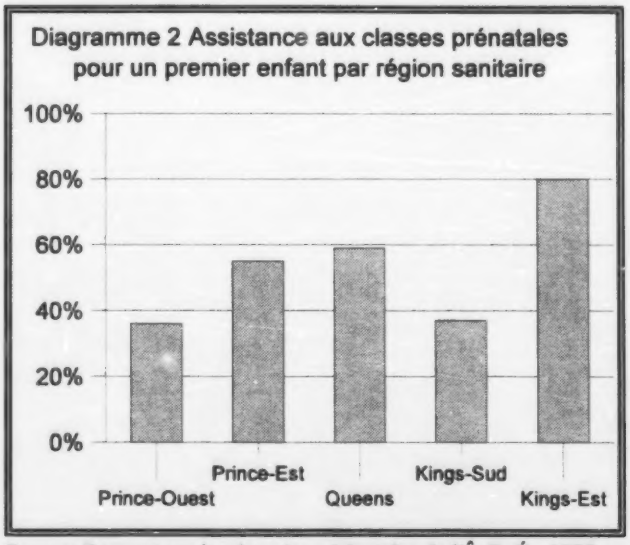
III INITIATIVE INDIVIDUELLE, HABILETÉS D'ADAPTATION ET STYLE DE VIE

Il s'agit d'une catégorie de facteurs déterminants comprenant les habitudes saines de la vie quotidienne et les facteurs qui appuient un développement optimal au plan affectif, social, physique, intellectuel et spirituel. Pour les très jeunes enfants, les habitudes saines de la vie quotidienne des parents jouent un rôle déterminant dans la santé des enfants. Sauf indication contraire, les données ci-dessous sont tirées du Rapport sur les données périnatales de l'Î.-P.-É., 1998 du Programme de soins périnatals de l'Î.-P.-É.

Assistance aux cours prénataux

Durant l'année 1998, 26,6 pour cent de toutes les femmes enceintes ont assisté aux cours prénataux de formation traitant de nutrition prénatale, de travail et d'accouchement ainsi que de soins aux nouveaux-nés. Il s'agit d'une diminution par rapport à des taux d'assistance de 27,4 pour cent en 1996 et de 29,6 pour cent en 1997.

Généralement, le taux d'assistance pour les nouvelles mères (54,1 % en 1998) est beaucoup plus élevé que pour les femmes ayant déjà eu un enfant (7,7 % pour une deuxième naissance et 4,1 % pour les naissances suivantes). Et 86,3 pour cent des femmes qui ont assisté aux cours étaient mères pour la première fois. De plus, les jeunes femmes attendant leur premier enfant étaient moins susceptibles d'assister aux cours que les femmes plus âgées dans la même situation. Moins de 45 pour cent des femmes de moins de 25 ans en attente de leur premier enfant assistaient aux cours comparativement à au moins 60 pour cent des femmes faisant partie de chacun des autres groupes d'âges.



Source: Rapport sur les données périnatales de l'Î.-P.-É., 1998.

La participation des adolescentes enceintes a augmenté, passant de 37,9 pour cent en 1997 à 39,5 pour cent en 1998. Toutes les adolescentes qui ont participé en étaient à leur premier enfant.

Le taux d'assistance varie selon la région sanitaire, comme on peut le constater dans le diagramme 2. Seules les régions de Kings-Sud et de Kings-Est ont connu une amélioration depuis 1997, et cette dernière a connu la plus forte en passant de 61 pour cent à 80 pour cent.

Tabagisme durant la grossesse

En 1998, 29,3 pour cent des femmes fumaient au moment de l'accouchement. Il s'agit d'une augmentation par rapport au taux de 26,8 pour cent en 1997. Des femmes qui fumaient pendant la grossesse, 45 pour cent ont rapporté qu' elles fumaient plus de 13 cigarettes par jour.

La probabilité de fumer durant la grossesse diminue avec l'âge de la mère. Pour les femmes de moins de 20 ans, le taux de tabagisme durant la grossesse était de 49 pour cent tandis que le taux chute à 22 pour cent environ pour les femmes de 35 ans et plus.

Il existe aussi une corrélation entre la probabilité de fumer durant la grossesse et l'état civil — en 1997, 17 pour cent des femmes enceintes mariées fumaient comparativement à 49 pour cent des femmes célibataires ou vivant en union libre.

Une meilleure éducation pourrait contribuer à faire baisser l'incidence du tabagisme durant la grossesse; toutefois, l'enseignement ne devrait pas seulement cibler les femmes enceintes, mais leur partenaire également. Le Programme de soins périnatals de l'Î.-P.-É a découvert que, en 1997, 19 pour cent des femmes enceintes non fumeuses étaient exposées à la fumée secondaire chez elles pendant leur grossesse.

Consommation d'alcool chez les mères

Santé Canada rapporte que le Syndrome de l'alcoolisme foetal/Effets de l'alcoolisme foetal (SAF/EAF) est une préoccupation de santé nationale pour les individus, les familles les communautés et la société en général : il représente une incapacité permanente requérant un soutien continu. L'exposition prénatale à l'alcool peut causer des retards du

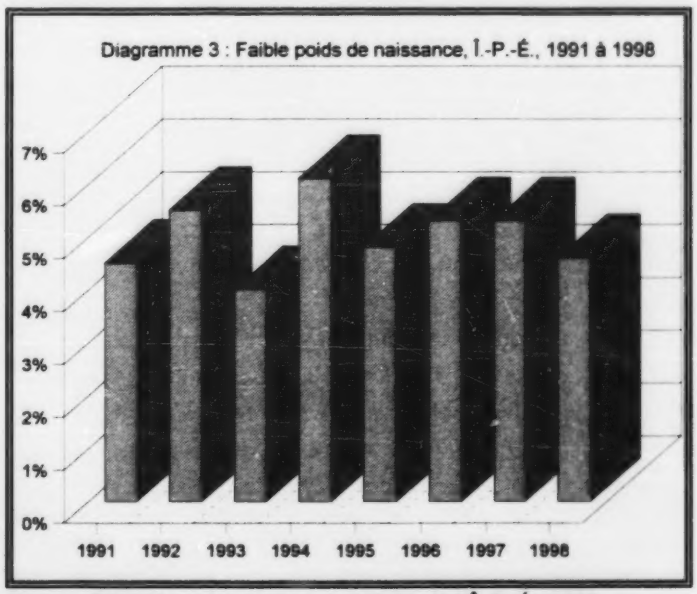
développement, des déficits intellectuels et des difficultés d'apprentissage, de l'hyperactivité, des déficits de l'attention ou de la mémoire, une inhabileté à gérer la colère, des difficultés à résoudre les problèmes, des malformations du crâne ou du cerveau ainsi que de l'insuffisance de croissance et des anormalités faciales. À l'Î.-P.-É., il reste encore à mettre en place des mécanismes servant à mesurer les effets du SAF/EAF sur les enfants de l'Île et leurs familles.

Le poids à la naissance

Un nouveau-né montre un poids insuffisant s'il pèse moins de 2 500 g ou 5,5 lb à la naissance. Le poids moyen est de 3 400 g ou 7,5 lb. Le poids insuffisant à la naissance est une cause importante de maladie chez les bébés et les jeunes enfants, et il peut causer des incapacités à long terme qui créent des besoins multiples de physiothérapie, d'orthophonie, d'équipement spécialisé et d'autres services coûteux.

Le poids insuffisant à la naissance peut résulter des causes suivantes :

- facteurs démographiques, notamment la condition socio-économique de la mère, son niveau de scolarité, son âge lors de la conception, son état civil et sa race;
- complications médicales, notamment l'accouchement prématuré, l'hypertension artérielle et l'infection;
- comportements, notamment le tabac, le stress, l'alimentation, l'alcool, l'accès aux soins prénataux et le soutien social.[24]



Source : Rapport sur les données prénatales de l'Î.-P.-É., 1998.

Santé Canada estime qu'environ la moitié des bébés de poids insuffisant à la naissance sont le résultat d'une naissance prématurée, et que l'autre moitié sont le résultat des facteurs énumérés ci-dessus. Plus le nombre de facteurs à risque est élevé, plus les chances d'avoir un bébé de poids insuffisant sont élevées.[25]

De 1991 à 1998, une moyenne annuelle de 5 pour cent des bébés nés à l'Î.-P.-É étaient considérés comme ayant un poids insuffisant à la naissance. En 1997, l'Î.-P.-É présentait le deuxième taux le plus bas (5,5 %) de poids insuffisant à la naissance comparativement au taux canadien qui était de 5,8 pour cent.[26] Le diagramme 3 nous montre la variation du taux entre 1991 et 1998.

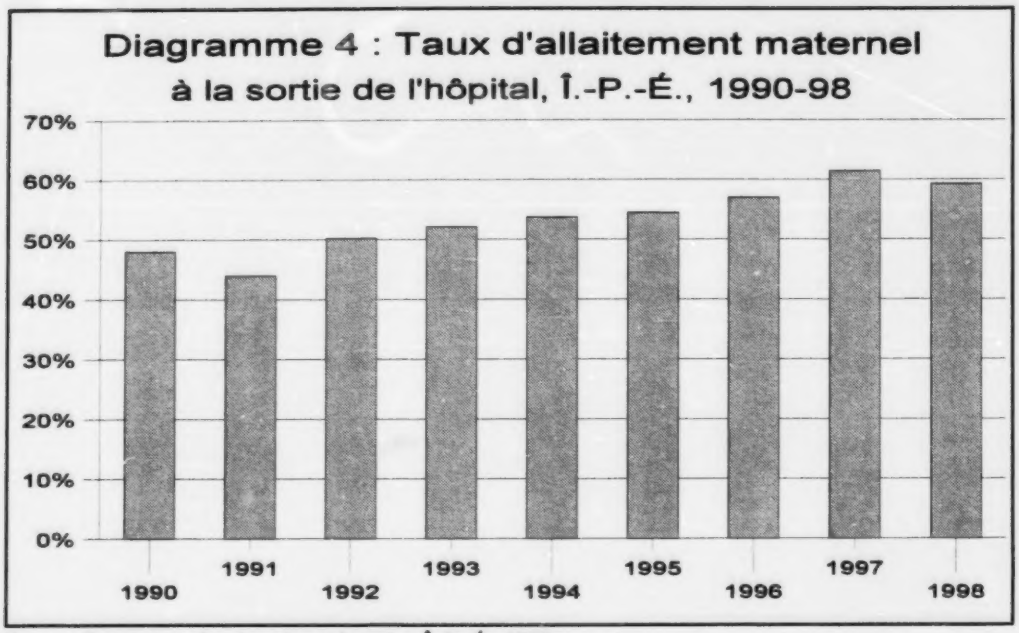
En 1998, la présence des facteurs de risque a affecté les enfants nés à l'Î.-P.-É. : 8,1 pour cent des enfants de poids insuffisant à la naissance sont nés de mères fumant plus de 13 cigarettes par jour, soit près du double de la situation pour les mères non-fumeuses (4,1 %). L'âge de la mère a également joué un rôle étant donné que 8,7 pour cent des enfants nés de femmes de moins de 19 ans et 12 pour cent de ceux qui sont nés de femmes âgées de plus de 40 ans présentaient un poids insuffisant à la naissance.

Allaitement maternel

On reconnaît l'allaitement maternel comme une source idéale d'alimentation pour les bébés humains. Le lait maternel contient des immunoglobulines et des anticorps aidant à combattre les infections. Le fait de nourrir l'enfant au sein améliore le lien mère-enfant, lequel exerce à son tour un effet positif sur le développement émotif de l'enfant ainsi que sur son système immunitaire. Les enfants nourris au sein courent moins de risques d'attraper des maladies propres à la petite enfance, notamment les infections respiratoires, l'asthme et les otites.

Les femmes choisissent ou refusent d'allaiter au sein pour une foule de raisons. Voici certains obstacles à l'allaitement maternel :

- Manque de renseignements cohérents et précis chez le personnel médical et infirmier.
- Manque de connaissances et idées fausses;
- Pratiques hospitalières;
- Manque de confiance en soi;
- Inflexibilité du milieu de travail;
- Manque de modèles d'identification et de soutien familial.[27]



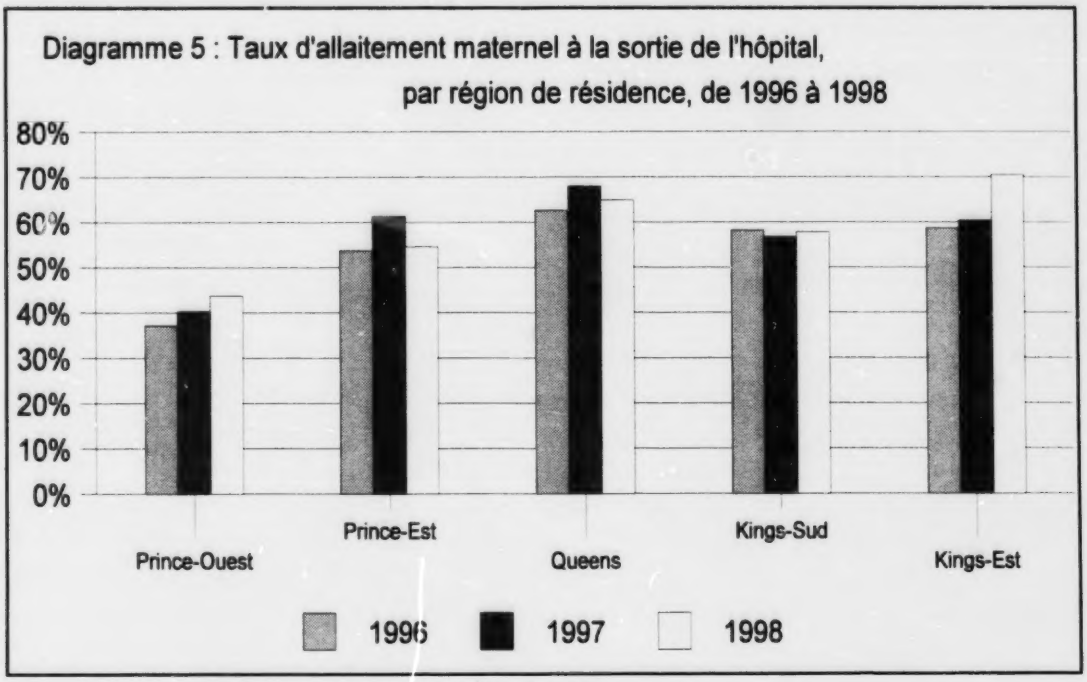
Source: Rapport sur les données prénatales, Î.-P.-É., 1998.

En 1998, 59,3 pour cent des nouvelles mères insulaires allaitaient au moment de quitter l'hôpital. Cela démontre une légère diminution à la suite d'une augmentation soutenue du taux d'allaitement naturel dans cette province depuis 1991, comme l'indique le diagramme 4. Il y a encore beaucoup matière à amélioration puisque la moyenne nationale en 1994-1995 était de 73 pour cent par comparaison.[28]

L'allaitement maternel semble être lié à la situation de famille, compte tenu des 67,3 pour cent de femmes mariées qui allaitent. Les femmes vivant en union libre et les femmes célibataires ont le taux d'allaitement maternel le plus bas, soit respectivement 46,6 pour cent et 40,5 pour cent. Les femmes séparées, divorcées ou veuves ont un taux d'allaitement maternel de 50 pour cent.

Les jeunes mères de l'Î.-P.-É. ont moins tendance à allaiter au sein. Pour les mères de moins de 25 ans, en 1998, le taux d'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital était de 46,3 pour cent; pour les mère de plus de 25 ans, le taux s'élevait à 65,5 pour cent. Par comparaison, en 1997, ces statistiques étaient respectivement de 48,1 pour cent et de 67,5 pour cent.

Il importe de mentionner que si les jeunes mères sont moins portées sur l'allaitement maternel, elles sont également moins portées au mariage : 81 pour cent des femmes qui étaient célibataires au moment de l'accouchement étaient âgées de moins de 25 ans.



Source : Rapport sur les données périnatales de l'Î.-P.-É., 1998.

Les taux d'allaitement maternel varient selon la région de résidence : Prince-Ouest a le taux le moins élevé à la sortie de l'hôpital, 43,7 pour cent, et Kings-Est, le plus élevé, 70 pour cent. Le diagramme 5 illustre les différences par région.

Les femmes qui fument sont moins portées à allaiter. Le taux d'allaitement pour les non-fumeuses était de 66,9 pour cent en 1998. Chez les fumeuses, ce taux diminue avec l'augmentation du nombre de cigarettes fumées : chez celles fumant de 1 à 12 cigarettes par jour, le taux d'allaitement était de 47,6 pour cent, et de seulement 33 pour cent chez celles fumant plus de 13 cigarettes par jour.

L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes a établi qu'il existait un lien entre le revenu et le niveau de scolarité d'une part, et le taux et la durée de l'allaitement d'autre part. Plus le revenu et le niveau de scolarité de la mère sont bas,

moins elle est portée à allaiter; et parmi celles qui le font, plus grande sont les chances qu'elles arrêtent avant que l'enfant atteigne l'âge de trois mois. L'âge recommandé pour arrêter est d'au moins quatre mois.[29] Il n'y a pas de données disponibles sur la durée de l'allaitement à l'Î.-P.-É.

Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN)

En 1995, Statistique Canada a rapporté 252 cas de SMSN au Canada, ce qui représente un taux de 0,67 cas sur 1 000 naissances. Ce taux était sensiblement le même pour les trois années précédentes. Le taux pour l'Î.-P.-É. est plus difficile à déterminer à cause de la grandeur de notre échantillon. Cependant, si on regarde l'incidence de 1985 à 1995, on peut estimer qu'à l'Î.-P.-É., de zéro à trois enfants meurent chaque année du SMSN.[30]

Il est recommandé d'adopter les habitudes ci-dessous afin de réduire les risques de mort par le SMSN :

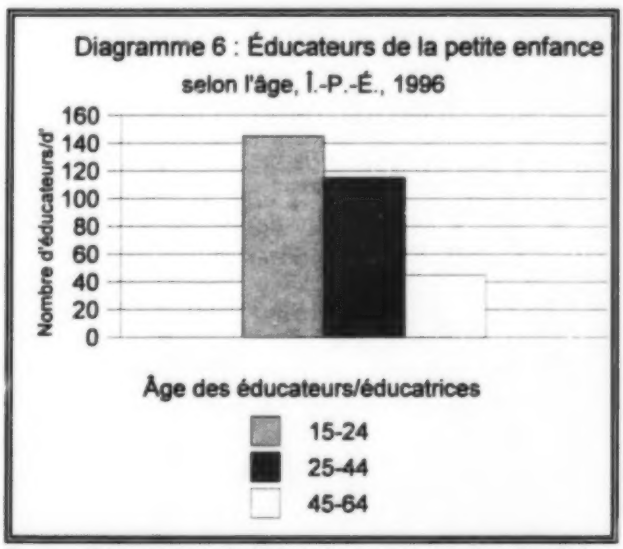
- Coucher le bébé sur le dos ou sur le côté;
- Préserver un milieu sans fumée;
- Éviter que l'enfant ait trop chaud;
- Allaiter au sein, si possible.

IV SERVICES SOCIAUX, DE SANTÉ ET D'ENSEIGNEMENT

Services de garde

L'accessibilité des services de garde à l'Î.-P.-É. est une grande source de préoccupation pour les familles. En 1995, les garderies réglementées à l'Î.-P.-É. (c.-à-d. celles disposant de permis) accueillaient 16 pour cent des enfants âgés de 12 ans et moins, soit 3 888 enfants. La moyenne canadienne était de 8 pour cent la même année.[31]

En 1996, le recensement montre qu'il y avait environ 320 éducateurs de la petite enfance employés à l'Î.-P.-É. De ceux-ci, 145, ou 45 pour cent, avaient moins de 25 ans : 125 se situaient dans le groupe d'âge de 25 à 44 ans et 35 dans celui des gens de plus de 45 ans, tel qu'il apparaît au diagramme 6.



Source : Recensement de 1996, tel que rapporté dans Profil des professions, DRHC, Éducateurs de la petite enfance (4214).

Ces données semblent indiquer un très haut taux de roulement du personnel.

Le roulement du personnel élevé peut s'expliquer en partie par les bas niveaux de rémunération de ces professionnels. En 1996, le salaire annuel moyen de ces éducateurs était de 15 845 $ et leur salaire horaire était de 6,00 $ à 9,72 $. Les éducateurs de la petite enfance étaient employés, pour la plupart, dans les services sociaux non institutionnels (80 %), l'enseignement élémentaire et secondaire (9 %), et le reste dans d'autres organismes.[32]

Aides à l'apprentissage

Pour ce qui est de l'apprentissage dans le système scolaire, les élèves peuvent être classés selon ceux qui

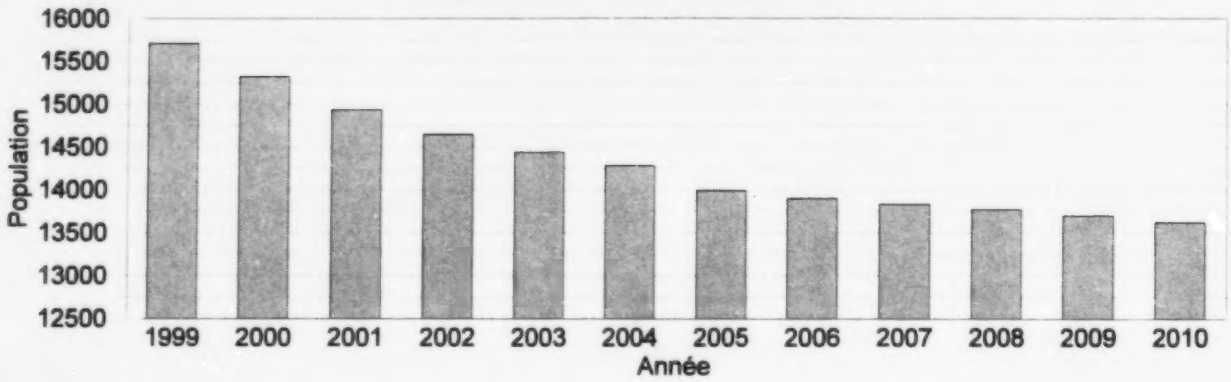
- interagissent dans leur milieu d'apprentissage sans difficulté importante;
- ont des difficultés d'apprentissage;
- ont de la difficulté à apprendre dans le système;
- ne sont pas stimulés par le système.

Environ 70 pour cent des enfants d'âge scolaire font partie du premier groupe, et 30 pour cent ont besoin de ressources d'aide additionnelles. Parmi ces 30 pour cent, près de la moitié sont considérés comme « exceptionnels », ce qui veut dire qu'ils ont besoin d'une aide autre que celle qui est normalement offerte par le système. Ce sont les enfants qui ont d'importantes difficultés d'apprentissage, qui ont de la difficulté à apprendre dans le milieu d'apprentissage ou qui ne sont pas stimulés par ce milieu. On estime qu'environ 3 pour cent des élèves font partie de la dernière catégorie.[33] Il est essentiel que les politiques d'éducation en tiennent compte et qu'elles fournissent les ressources nécessaires.

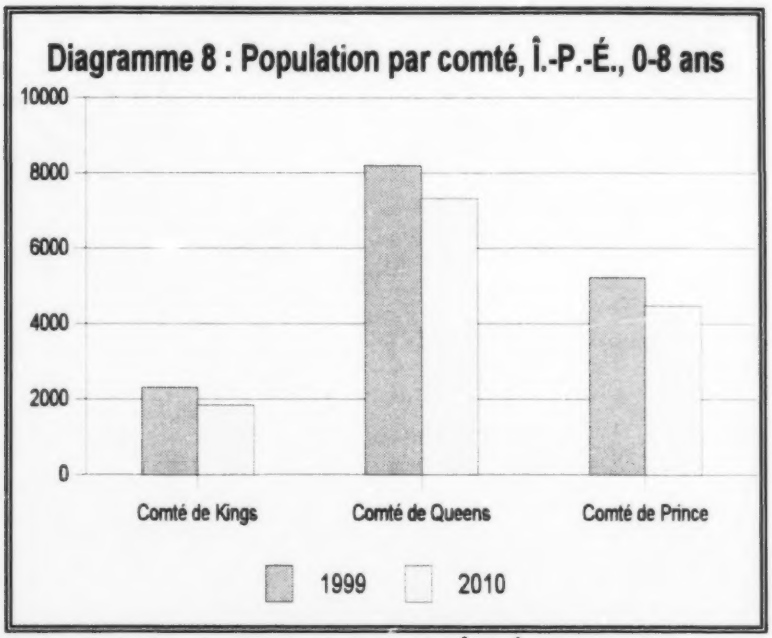
V POPULATION

À l'Î.-P.-É., on s'attend à ce que le nombre d'enfants, entre la naissance et l'âge de 8 ans, décroisse à l'avenir. On prévoit que la population de ce groupe d'âge diminuera de 14 pour cent entre 2000 et 2011. Comme on peut voir dans le diagramme 7, elle devrait passer de 15 279 en 2000 à 13 213 en 2011.

Diagramme 7 : Projections de la population, Î.-P.-É., 0-8 ans



Le décroissement de la population d'enfants, âgés entre la naissance et 8 ans, se fera particulièrement sentir dans le comté de Kings où on s'attend à une baisse de 18 pour cent, tandis qu'on s'attend à des baisses de 10 pour cent et de 14 pour cent dans les comtés de Queens et de Prince. Le pourcentage de la baisse dans le comté de Kings correspond à celui qui est prévu pour la population totale de ce comté. Pour ce qui est du nombre d'enfants par rapport au nombre d'habitants, on s'attend à ce que le pourcentage pour le comté de Kings soit égal à la moyenne provinciale. En d'autres mots, bien que moins de gens vivent dans le comté de Kings, le nombre d'enfants par rapport à la population totale devrait rester de pair avec la moyenne de l'Î.-P.-É.[34]



Source: Projections du ministère du Trésor de l'Î.-P.-É., Direction de l'économie, des statistiques et des relations financières fédérales, le 24 octobre 2000.

Durant cette même période, on s'attend à ce que la population totale de l'Île-du-Prince-Édouard augmente de 2,2 pour cent, c'est-à-dire qu'elle passe d'environ 139 000 à 142 000 personnes. Toujours durant cette même période, on prévoit que le nombre de gens âgés de 65 ans et plus augmentera de 18 pour cent, passant de 18 204 à 21 399, tandis que celui de la population active âgée de 15 à 64 ans augmentera de seulement 5 pour cent, passant de 93 197 à 98 050.[35] Cela implique une diminution du rapport entre la population active et la population âgée - il y aura moins de salariés par personnes retraitées, ce qui exercera une pression additionnelle sur le gouvernement dans sa façon de gérer le budget. À cause de ce changement démographique, il est d'un grand intérêt pour les Insulaires de demain, jeunes et moins jeunes, d'investir dans les enfants d'aujourd'hui puisqu'ils seront bientôt les citoyens sur qui les Insulaires les plus âgés compteront.

VI CONCLUSION

Le profil des enfants de l'Î.-P.-É. présenté est un simple point de référence à partir duquel on recueillera des renseignements complémentaires. Ces renseignements peuvent servir à des fins de comparaison dans l'examen des résultats émanant de la stratégie proposée. Dans certains cas (recommandés dans le rapport lui-même), des données de systèmes auront besoin d'être créées ou améliorées. La cueillette et la surveillance efficaces des données garantiront le succès de la Stratégie pour le développement sain de l'enfant, telle que proposée par le Comité consultatif.

NOTES DE BAS DE PAGE

1. Statistique Canada, article 10F0174XCB(WIN) du catalogue, statistiques électroniques, 1998.

2. Statistique Canada, matrice 6 de CANSIM, modifiée pour la dernière fois le 19 octobre 2000.

3. Statistique Canada, matrice 7 de CANSIM, modifiée pour la dernière fois le 19 octobre 2000.

4. Statistique Canada, Trésor provincial.

5. Statistique Canada, article 71-201-XPB du catalogue, statistiques chronologiques sur la population active, 1999.

6. Marshall, Katherine, *Seasonality in Employment*, dans Statistique Canada. *Perspective*, automne 1999, p. 18.

7. Développement des ressources humaines Canada, *Rapport de vérification et d'évaluation de l'assurance-emploi*, 20 décembre 1999.

8. Ministère du Trésor de l'Î.-P.-É., *Revue statistique 1999,* Division des études économiques, des statistiques et des relations financières fédérales, mai 2000.

9. Données du recensement de 1996.

10. Statistique Canada, article 13-569 -XPB du catalogue, tel que préparé par le Centre pour les études internationales, au Conseil canadien de développement social.

11. Centre de statistiques internationales situé au Conseil canadien de développement social, à l'aide des données de *Profil du bien-être social : mythes et réalités*, Conseil national du bien-être social (printemps 1998).

12. Données internes du ministère de la Santé et des Services sociaux, Î.-P.-É.

13. Conseil national du bien-être social, *Revenus de bien-être social, 1997 et 1998* (hiver 1999-2000).

14. Données du ministère de la Santé et des Services sociaux, Î.-P.-É.

15. Statistique Canada, article 85-224-XPE du catalogue, *Violence familiale au Canada : Un profil statistique, 1998.*

16. Statistique Canada, Données du recensement de 1996.

17. Mackenzie, S.G., *Framework of E-code groupings for presenting injury mortality data*, CHIRPP News, n° 12, 1998, Santé Canada, Ottawa, 1998, tel que rapporté dans le rapport statistique sur la santé des Canadiens.

18. L'Institut canadien de la santé infantile, *La santé des enfants du Canada,* 3e éd., 2000.

19. Statistique Canada, 1997, *Naissances et décès 1995*, tel que rapporté dans *La santé des enfants du Canada*, 3e éd., 2000, par l'Institut canadien de la santé infantile.

20. Statistique Canada, article de catalogue 84-214-XPE, *Recueil de statistiques de l'état civil, 1996*, Ottawa, 1999. Rapporté dans *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, Santé Canada,

21. Statistique Canada, 1997, *Naissances et décès 1995*, tel que rapporté dans *La santé des enfants du Canada*, 3e éd., 2000, par l'Institut canadien de la santé infantile.

22. Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Santé Canada, 1999.

23. Santé Canada, *L'asthme infantile dans les secteurs desservis par les unités de santé sentinelles : Résultats de l'Enquête sur la santé pulmonaire des jeunes 1995-1996*, 1998.

24. Conseil national du bien-être social, *Parents en santé, bébés en santé*, été 1997.

25. DRHC et Statistique Canada, 1996, ACPH, 1999-b, tel que rapporté dans l'ébauche de janvier du Cadre de coopération de la Direction de la santé de la population, Division de la petite enfance et des jeunes, Santé Canada.

26. Programme de soins périnatals de l'Î.-P.-É. *Rapport de données périnatales de l'Î.-P.-É. 1er janvier au 31 décembre 1998.*

27. Programme de soins périnatals de l'Î.-P.-É.

28. Santé Canada, *L'allaitement maternel au Canada : une revue et une mise à jour*, Ottawa 1999. *Rapport des données périnatales de l'Î.-P.-É. du 1er janvier au 31 décembre 1998*, Programme de soins périnatals de l'Î.-P.-É.

29. Santé Canada, *Système canadien de surveillance périnatale*, Ottawa, 1999.

30. La Fondation canadienne pour l'étude de la mortalité infantile, suivant les données de 1997 de Statistique Canada.

31. Conseil national du bien-être social, Canada, *Les enfants du préscolaire : des promesses à tenir*, printemps 1999.

32. Statistique Canada, Recensement de 1996, tel que rapporté dans *Éducateurs de la petite enfance*, Région de l'Î.-P.-É., Profil des professions, DRHC.

33. MacKey and Associates, *Report of the Review of Special Education Summary*, pour le ministère de l'Éducation de l'Î.-P.-É., automne 1998.

34. Ministère du Trésor de l'Î.-P.-É. Direction de l'économie, des statistiques et des relations financières fédérales, le 24 février 2000.

35. Ministère du Trésor de l'Î.-P.-É., Direction de l'économie, des statistiques et des relations financières fédérales, le 24 février 2000.